« De l'apprentissage de la continence à sa préservation tout au long de la vie »

Ghislaine Philippe, kinésithérapeute spécialisée en périnéologie,
Membre de l'Association Réseau Recherche en Périnéologie (ARREP)
Besançon – janvier 2012

Etre continent est une évidence. Il s'agit d'un acte physiologique automatique et contrôlable, compatible avec une vie socio-professionnelle et familiale normale.
Mais notre vessie et nos sphincters sont aussi soumis à la commande volontaire et il nous est possible à l'âge adulte de décider ou non d'aller aux toilettes.
L'acquisition du contrôle mictionnel et de la propreté s'effectue progressivement d'une *vessie infantile ou automatique* (miction purement réflexe sans contrôle volontaire), vers *une vessie instable* (avec prise de conscience du besoin d'uriner, et la possibilité de retenir l'urine) et enfin une *vessie adulte* (possibilité de contenir les urines émises en permanence par les voies urinaires supérieures, et de les éliminer de façon intermittente et volontaire). La miction nécessite toujours une totale synergie vésico-sphinctérienne (contraction du détrusor et relâchement sphinctérien simultanés).

Dans les troubles mictionnels de l'enfant, deux grands troubles sont décrits et peuvent coexister :
- *L'énurésie* qui est une miction physiologiquement normale mais qui survient pendant le sommeil chez un enfant de plus de 5 ans (garçons 80%).
- *L'instabilité vésicale* ou *urgenturie* qui associe dans la journée des besoins urgents d'uriner, des fuites (slip mouillé en fin de journée), des comportements rétentionnistes ou à l'inverse une pollakiurie. Elle peut aussi se compliquer d'infections urinaires à répétition (filles 20%).
L'association des deux troubles existe dans 30 à 60 % des cas.

La prévalence de ces troubles est de 20% des enfants à l'âge de 5 ans et 15% d'enfants de 6 ans souffrant de troubles mictionnels bénins avec 1% de ces enfants restant énurétiques à l'âge de 15 ans.

Les origines de ces troubles bénins sont nombreuses et peuvent être associées : le sommeil, le contrôle hormonal, des troubles du transit digestif (constipation, encoprésie), des troubles psycho-affectifs, l'hérédité. Il ne s'agit pas de maladie grave mais les répercussions sont difficiles à vivre pour l'enfant et la famille : psychologique pour l'enfant (honte essentiellement), puis perturbation fréquente des relations familiales et difficultés scolaires. Les exigences sociales (critère d'entrée en maternelle, coût des protections,) amènent souvent les enfants à un apprentissage forcé et rapide souvent délétère dans le comportement mictionnel futur.

Chez l'adulte, un comportement mictionnel normal correspond à 7 mictions par jour, 1 miction nocturne tolérable voire 2 en vieillissant mais pas plus !

Au-delà de 7 à 8 mictions journalières pour un apport hydrique de 1,5L à deux litres, nous parlons de vessie hyperesthésique ou hyperactivité vésicale ou ancienne terminologie : instabilité vésicale.

Cette pathologie se traduit par des pollakiuries (mictions fréquentes, 10…20 fois par jour parfois! pour un volume mictionnel normal), des impériosités (envies pressantes), des fuites urinaires au contact ou au bruit de l'eau et au froid. Il s'agit d'une vessie désinhibée, se contractant de façon anarchique pour des petits besoins.

Il n'y a pas de fuite à l'effort. Cette vessie se rééduque avec un traitement comportemental et un biofeedback inhibiteur.

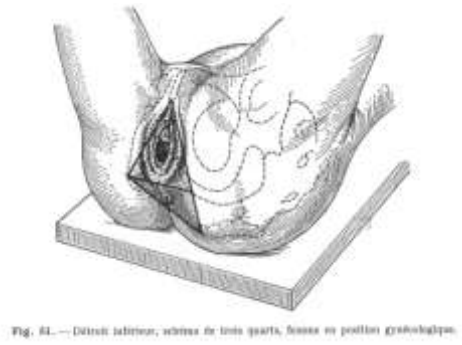
L'incontinence urinaire d'effort plus communément connue, n'apparaît qu'à l'effort, que ce soit la toux, l'éternuement, la course ou le port de charge. Les espaces mictionnels sont normaux, il n'y a pas de fuites au bruit de l'eau ni au froid.
Cette incontinence se rééduque parfaitement en actif par travail manuel et biofeedback, l'électrostimulation n'étant qu'un outil et non le traitement essentiel de ce trouble (attention aux sondes vendues par certains laboratoires qui se targuent de rééduquer à domicile les patientes trop occupées).

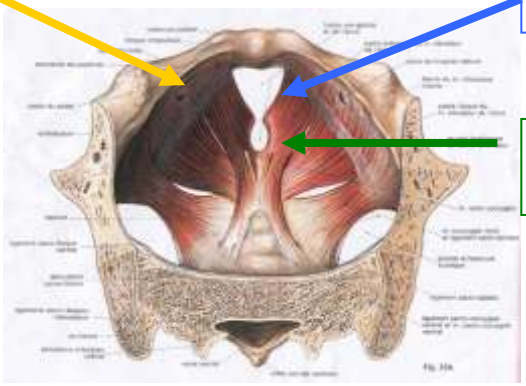
Lorsque les deux pathologies sont présentes, nous parlons alors de vessie mixte : IUE et vessie hyperesthésique.

La continence dépend entre autre, de la fonctionnalité du périnée. Le plancher pelvien ayant chez la femme un rôle sphinctérien et statique important.

L'accouchement, la ménopause, les sports en apnée et en hyperpression (course, abdominaux conventionnels) sont délétères pour le périnée et donc facteurs de risques reconnus.

Le périnée est un groupe de faisceaux musculaires entourant le vagin et l'anus, allant du pubis au coccxys et latéralement aux branches ischio-pubiennes.
La partie essentielle est le lévator – ani ou releveur de l'anus, situé en profondeur et fermant en bas le petit bassin.





Ce périnée a un rôle de soutien des organes du petit bassin : vessie, utérus, rectum, vagin, et un rôle sphinctérien : il permet la continence urinaire et anale et leur corollaire, la miction et la défécation.
Le plancher pelvien intervient aussi dans la sexualité en favorisant le maintien de l'érection chez l'homme (pubo-rectal) et en participant à l'orgasme chez la femme (ilio-coccxygien)

Par ailleurs, le pubo-rectal muscle pair situé de part et d'autre du vagin, participe à l'accouchement et à la descente de l'enfant dans l'excavation pelvienne.

Il est particulièrement mis à l'épreuve lors de l'expulsion : le noyau fibreux central situé entre le vagin et l'anus est étiré et repoussé par la tête de l'enfant ce qui fragilise le périnée et constitue un facteur de risque futur.
Une incontinence à l'effort dès le premier trimestre de la grossesse signe une faiblesse sphinctérienne.

La ménopause est le deuxième temps de la vie féminine responsable de l'apparition de troubles vésico-sphinctériens. Ces troubles sont souvent liés au déficit oestrogénique (le vagin et la vessie ayant la même imprégnation hormonale) et mais aussi au vieillissement tissulaire et ligamentaire.
Dès l'apparition des troubles, une rééducation active précoce par un kinésithérapeute spécialisé réglera la plupart des problèmes.

Des facteurs de risques individuels vont favoriser l'apparition de troubles urinaires :

- certains sports (tennis, course, sauts, aérobic)
- la toux (tabac, pathologie respiratoire, allergies)
- l'hérédité
- la génétique
- la constipation+++
- certaines professions (port de charge, conditions de travail perturbant les mictions)

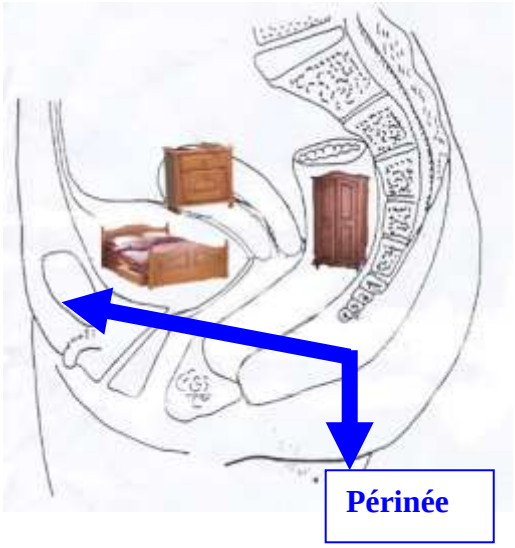
Afin d'étudier ce facteur de risque, nous avons proposé aux femmes travaillant au C.H.U de Besançon de répondre de façon anonyme durant un an (mars 2001 à mars 2002), à un auto-questionnaire lors de leur visite en médecine du travail. Après un an d'enquête, 1176 femmes travaillant au C.H.U avaient répondu à notre questionnaire.
Il s'agit dans la majorité des cas (58,2%) de personnel soignant (infirmières, aides soignantes, puéricultrices, infirmières de bloc ou anesthésistes, kinésithérapeutes). Puis viennent par ordre de fréquence les personnels administratifs (17,7%), le personnel ouvrier (agent de service, aide de cuisine, personnel de la lingerie, jardinier…13.5%) et le personnel socio-éducatifs (éducatrices, orthophonistes…10.5%).

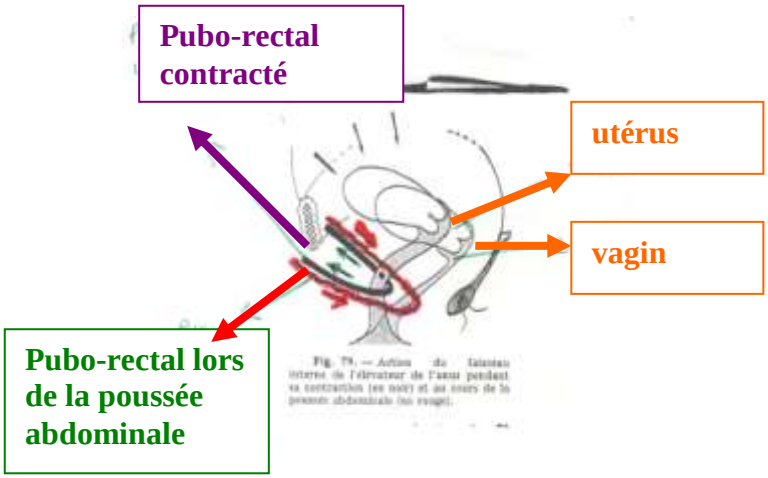
En analyse multivariée, à âge égal, période d'activité génitale identique, nombre d'accouchements par voie basse égal, nombre de lésions périnéales égales, à facteur de risque sportif moindre, **il existe pour le personnel féminin ouvrier un risque plus important d'IUE** (sur-risque x par 2 par rapport au personnel administratif) Les conditions de travail semblent avoir un effet délétère sur la fonction périnéo-sphinctérienne du personnel féminin ouvrier.
Toutefois, les situations délétères professionnelles suspectées étant les manutentions fréquentes, le personnel soignant est lui aussi confronté à ce facteur de risque et présente 9% de moins d'IUE. Ces dernières sont par contre plus vigilantes au comportement mictionnel et plus sensibilisées à la prévention.
Ainsi, le manque d'information et de connaissance des moyens de prise en charge ainsi que des comportements nuisibles pour l'évolution de la pathologie majorent le facteur de risque professionnel.

Importance de la fonction périnéale :

Une étude réalisée en IRM dynamique au CHU grâce au concours du Docteur Marjolaine Debilly m'a permis de vérifier l'importance de la contraction périnéale dans le maintien de la statique pelvienne lors de l'effort que ce soit la toux ou le port de charge.

Nous avons pu constater le maintien parfait des organes lors de différents efforts en pression par la sangle pubo-rectale s'opposant ainsi aux prolapsus viscéraux et au bâillement de l'angle urétro-vésical favorisant l'IUE.





L'IRM dynamique confirme l'importance de la contraction volontaire périnéale à l'effort.

Par ailleurs, la prévention des troubles urinaires passe aussi par une hygiène hydrique et mictionnelle correcte à savoir : des mictions complètes, assise et sans poussée, toutes les 3-4 heures maximum même au travail ! une hydratation suffisante (1,5 à 2litres de liquides/jours) car ne pas boire n'a jamais traité l'incontinence urinaire mais sera délétère sur la totalité de l'appareil urinaire (reins, vessie)….

Quant aux mictions poussées accroupies sur les toilettes, elles engendrent à long terme résidu mictionnel et prolapsus.

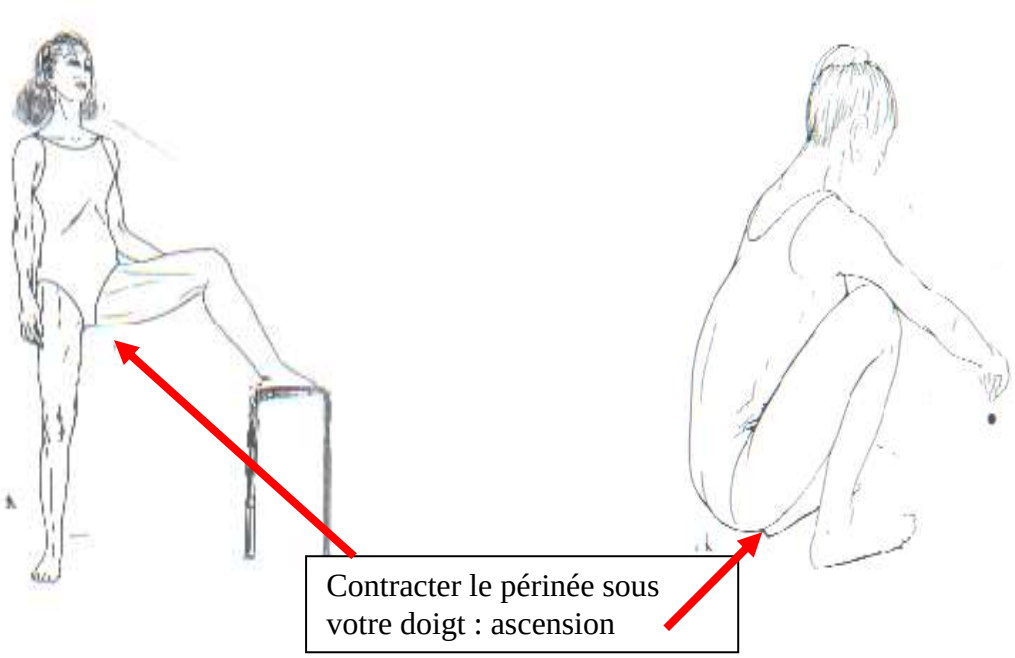
Quelques conseils pratiques de prévention :

Quand contracter son périnée?

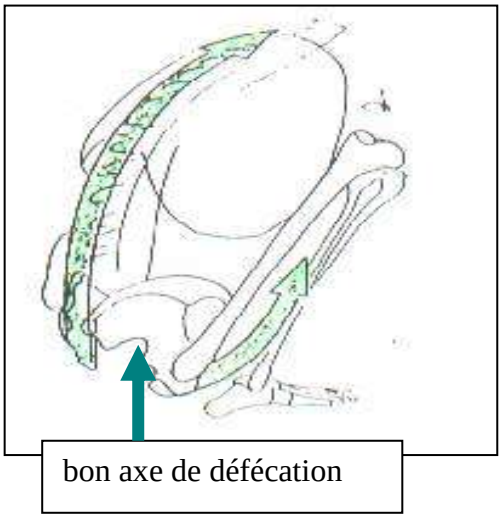
- Lors d'un effort : port de malades, port de charges à la maison (enfants, courses, ménage (aspirateur, salle de bains))
- En faisant des abdominaux (pas d'abdos avec des signes d'IUE !!!)
- Faire de bons abdominaux (adieu ciseaux, battements, pédalages!) Abdominaux = dépressif ou en posture et gainage.
- **Exercice postural :**

  Debout, pieds légèrement écartés : Contracter les abdominaux sous ombilicaux et serrer doucement les petits fessiers en aspirant le périnée. Rester en autograndissement.

- **Travail auto-contrôlé du périnée :**



(Dessins Lucille Poumarat)



(Dessin Lucille Poumarat)

✸ Lutter contre la constipation :

Utiliser à chaque selle la posture de défécation facilitatrice, pieds surélevés sur un tabouret de façon à avoir un angle entre cuisses et bassin inférieur à 90°.
Cette posture active le réflexe de défécation.

✸ En prévention, prendre de bonnes habitudes :

Transfert de malades, Objets lourds à pousser : Verrouillage périnéal en fente avant, dos creux (verrouillage lombaire en lordose physiologique), abdominaux contractés en expiration.

(Photos Ghislaine Philippe)

☞ Diminuer les bras de leviers, penser à utiliser la posture en chevalier servant lorsque la situation le permet.

☞ Enfin règle à ne pas oublier en ergonomie périnéale : Avant l'effort – Pendant l'effort :

1. Expiration
2. Contraction du transverse, lordose physiologique.
3. Contraction périnéale
4. Ne relâcher que lorsque l'effort est terminé.

Abdominaux : les grands principes

Le travail se fait toujours :
- en allongement : se grandir afin d'obtenir la plus grande distance entre votre coccyx et votre tête (comme si vous deviez tenir une cruche d'eau sur votre tête ou bien imaginez un fil qui vous tire vers le plafond et poussez votre coccyx vers l'avant
- en verrouillant le périnée
- en soufflant et en rentrant le bas-ventre puis l'ombilic : l'effort se fait toujours en expiration, de bas en haut (on part du périnée et on remonte).

Au début, pour vous assurer de la bonne réalisation des exercices, placer une main sur le ventre. Celui-ci lors de la contraction abdominale doit rentrer et non ressortir.

Les pièges à éviter

Pas d'abdominaux dit « classiques » car nocifs pour vos disques intervertébraux, ils provoquent par ailleurs une hyperpression sur votre périnée et empêche le recrutement du muscle transverse.

Ne pas raccourcir les grands droits ce qui va tasser votre dos et faire ressortir le ventre, en provoquant une poussée de celui-ci vers l'avant et le bas (ce que l'on veut éviter).

Pas d'apnée inspiratoire susceptible de provoquer des hyperpressions périnéales.

✸ Incontinence chez l'homme

Le périnée n'est pas une zone de faiblesse chez l'homme (pas de fente vaginale, pas d'accouchement). Seule la prostatectomie radicale altère le sphincter lisse et est responsable la plupart du temps d'une IUE. Ce symptôme bien pris en charge par un spécialiste, disparaîtra avec environ une trentaine de séances de rééducation.

✸ Incontinence et vieillissement :

Chez la femme, la perte d'élasticité des fascias et des ligaments ainsi que l'atrophie progressive de la musculature pelvi-périnéale due au déficit eostrogénique vont modifier les différents axes des organes génito-urinaires. Le vagin et le rectum vont devenir verticaux et ce dernier n'aura plus d'assise

postérieure lors de la poussée abdominale. La carence oestrogénique entraîne également une augmentation de l'adhérence bactérienne provoquant les infections urinaires, L'urètre périnéal va se sténoser. Des troubles mictionnels en découlent : nycturie, pollakiurie, incontinence.
Chez l'homme, le vieillissement est responsable d'une altération des fonctions vésico-sphinctériennes qui augmente le risque d'incontinence urinaire.
Ces modifications concernent toutes les structures physiologiques impliquées dans le contrôle de la miction :
- altération progressive des fonctions cognitives et des voies neurologiques
- vieillissement de la paroi vésicale responsable d'une augmentation de la prévalence de l'hyperactivité vésicale
- atrophie du sphincter urétral.

Conclusion :

L'incontinence urinaire n'est pas une fatalité en dehors du vieillissement. Une hygiène de vie correcte (hydratation, miction, posture de défécation, ergonomie abdomino-périnéale) ajoutée à un travail périnéal d'entretien régulier permet la plupart du temps d'éviter les troubles périnéo-sphinctériens.
Par contre, dès l'apparition de troubles éventuels, il est important d'en parler au médecin et de bénéficier en première intention d'une rééducation bien conduite par un kinésithérapeute spécialisé.

Bibliographie : « Abdominaux, arrêtez le massacre » Bernadette de Gasquet
« Rééducation périnéale féminine : mode d'emploi « Sandrine Galliac-Alambari, chez Jauze , pour le travail abdominal en postural
« L'eau et les femmes » Odile Cotelle

De Gasquet B,Pourroy J-D, Roux D, Roy P,Valancogne G, Watier A

« Manger, éliminer, non à la constipation de 0 à 97 ans »

Paris: Jauze;2004

Galliac-Alanbari S

« Au bonheur du ventre »

Paris: Jauze;2009

Poumarat Lucille

« Les embarras du ventre »

Paris : Jauze ;2010

www.journees-perineologie.com

« ACQUERIR DES L'ENFANCE LES BONS REFLEXES… ET PRESERVER LA CONTINENCE TOUT AU LONG DE LA VIE »
(Brigitte Pellé – Gérard Champion – CHU- Angers, Ghislaine Philippe CHU Besançon)
AFIU Paris 2011